

**COMUNICAZIONE ALLA FAMIGLIA PER RICHIESTA CERTIFICATO MEDICO IDONEITA'  
SPORTIVA**

*b`cy dy KyfW iv`c Bwg lYx leI cMgI ishq dy fwktrI srtIPIkyt leI pirvwr nUM bynqI*

Anno scolastico \_\_\_\_\_  
*ividAk vrHw*

Scuola \_\_\_\_\_  
*skUl*

Sezione \_\_\_\_\_  
*sykSn*

Ai genitori dell'alunno \_\_\_\_\_  
*ividAwrQI dy mwqw/ipqw leI*

Per la partecipazione dell'alunno alle attività sportive scolastiche, si chiede di consegnare a scuola il certificato di buona salute che può essere rilasciato dal proprio medico di fiducia.

*quhwfy qoN mMg kIQI jWdI hy Ik b`cy dy KyfW iv`c Bwg lYx leI qusIN ausDI cMgI ishq dw fwktrI srtIPIkyt idau jII*